Gottschalk, S.

Zur manuellen Behandlung der Gebärmuttersenkung.

Berl. klin. Woch.,
1891

GOTTSCHALK

8/1891!   Mit bestem Gruss v. Verf.
Edgar F. Cyriax

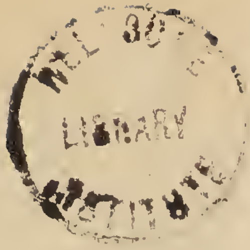
Zur manuellen Behandlung der Gebärmutter-senkung.

Von

Dr. Sigmund Gottschalk in Berlin.

(Sonderabdruck aus Berliner klin. Wochenschrift, 1891, No 30.)


22501265671



Zur manuellen Behandlung der Gebärmuttersenkung.

Von

Dr. **Sigmund Gottschalk** in Berlin.

Jeder, der sich mit der Thure Brandt'schen Methode der Behandlung von Gebärmuttersenkungen und Gebärmuttervorfällen beschäftigt hat, wird, gleich mir, es als einen Missstand empfunden haben, dass man ohne einen geschulten Assistenten nicht fertig werden kann.

Diesem Umstande ist es auch zuzuschreiben, dass man von verschiedenen Seiten den Versuch gemacht hat, die Hände des Assistenten instrumentell zu ersetzen: man hat Gebärmuttersonden construirt und empfohlen, welche die Hebung der gesenkten Gebärmutter vermitteln sollen. Ich kann nicht sagen, dass dies mit grossem Glück geschehen ist. Den verschiedenen Instrumenten haftet nämlich ein grosser Uebelstand an, der selbst in der H. Freund'schen [1]) Modification nicht vermisst wird. Es besteht nämlich die grosse Gefahr, mit diesen Sonden während der „Lyftungen" die Gebärmutterwand zu verletzen. Selbst wenn man die Richtung des Gebärmuttercanals genau erforscht und die Sonde so eingestellt hat, dass der Fundus uteri nicht von ihr erreicht wird, wie dies Freund für sein Instrument angiebt, lässt es sich mit Gewissheit nicht vermeiden, dass der Sondenknopf bei der Hebung sich in die vordere Wand einbohrt.

Ich gebe nun gern zu, dass bei aseptischem Verfahren — und das soll ja jeden gynäkologischen Eingriff begleiten — eine Schleimhautverletzung, ja die Perforation der Uteruswand als

1) Karl Holzapfel: Ueber Indicationen und Erfolge der gynäkologischen Massage. Wiener medicinische Blätter, 1890, No. 43.

solche ungefährlich sein können. Allein wir dürfen nicht vergessen, dass wir es hier mit Fällen zu thun haben, bei denen die atmosphärische Luft freien Zutritt zur Gebärmutterhöhle zu haben pflegt: Introitus und Scheide klaffen gewöhnlich, und da kann es doch nicht gleichgültig sein, wenn die von aussen eindringenden Keime in der Gebärmutterhöhle mit Wunden in Berührung kommen. Die kleinste Schleimhautverletzung kann so die schlimmsten Folgen haben.

Ich legte mir deshalb die Frage vor, ob es denn durchaus nothwendig sei, die Hebung der gesenkten Gebärmutter genau nach den von Thure Brandt gegebenen Vorschriften auszuführen. Des Assistenten bedarf man, weil Brandt sagt, die Hebebewegungen seien nur in der Richtung nach vorn und oben zu machen, und deshalb sei der Uterus mit den Volarflächen beider Hände von vorn zu fassen.

Was bezwecken wir aber mit den Hebebewegungen? Die starken Dehnungen der Scheide, der Ligamenta sacrouterina, der peritonealen Verbindungen der Gebärmutter, endlich der Ligamenta rotunda sollen einen Reiz auf das erschlaffte Gewebe ausüben und so die vorhandenen Erschlaffnungszustände beseitigen helfen, gleichzeitig soll die in der Regel vorhandene Retroversio oder Retroflexio durch die Hebung corrigirt werden.

Nach meiner Erfahrung spielt nun gerade die Rückwärtslagerung in der Aetiologie der Senkung eine Hauptrolle, und auf sie ist deshalb auch bei der Behandlung der Gebärmuttersenkung in erster Linie unsere Aufmerksamkeit zu richten. Was nun den pathologisch-anatomischen Befund bei den erwähnten Rückwärtsverlagerungen der Gebärmutter anlangt, so glaube ich berechtigt zu sein, nicht so selten mit Ziegenspeck[1]) Schrumpfungsvorgänge in den Gefässbindegewebsbündeln neben dem Uterus, welche die Portio abnorm fixiren, als das ursächliche Moment ansehen zu dürfen.

Wollen wir also folgerichtig therapeutisch vorgehen, so sind zuerst diese abnormen Fixationen durch Dehnung zu beseitigen; die Retroversioflexio und die Erschlaffungszustände des Bauchfells und der Ligamente werden sich alsdann leichter bessern und heilen lassen.

---

1) R. Ziegenspeck: Ueber Thure Brandt's Verfahren der Behandlung von Frauenleiden. v. Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge, No. 353/54. 1890.

Nun ist es mir in zwei Fällen von starkem Descensus mit Cystocelenbildung geglückt, allein — ohne Assistenz — mit einem manuellen Verfahren, welches die eben erwähnten ätiologischen Momente in erster Linie berücksichtigt, zum Ziele zu kommen. Es möge mir deshalb gestattet sein, die von mir befolgten Hebebewegungen hier kurz zu beschreiben.

Das Verfahren zerfällt in 4 Acte:

1. Bei leerem Mastdarm und entleerter Blase wird der retroflectirte Uterus in der gewöhnlichen Weise manuell reponirt.

2. Die beiden zur Reposition des Uterus in die Scheide eingeführten Finger der linken Hand bleiben nach Correctur der Verlagerung an der vorderen Fläche der Vaginalportio ruhig liegen und drängen dieselbe nach hinten. Während dessen dringt die ausgestreckte rechte Hand von den Bauchdecken aus zwischen Schamfuge und vorderer Gebärmutterfläche so in die Tiefe, dass die vordere Wand des Uterus ganz auf der Rückfläche der Hand ruht und die Hohlhand nach vorn sieht. Die Hand hat hier also die entgegengesetzte Stellung wie bei dem Brandt'schen Verfahren. Damit die Rückfläche der rechten Hand der vorderen Fläche der Gebärmutter innig anliegt, ist es selbstverständlich nothwendig, die Hand, der Krümmung der Gebärmutter entsprechend, je nach dem Fall mehr oder weniger zu beugen. Der Cervix ruht dann auf der Rückseite der Finger, der Gebärmutterkörper auf der eigentlichen Dorsa manus.

Dadurch, dass von der Vagina aus die beiden Finger der anderen Hand die Portio nach hinten fixiren, liegt jetzt die gesammte Vorderfläche des Uterus auf beiden Händen, und der Uterus muss den Bewegungen der letzteren nothwendigerweise folgen.

Nunmehr hebe ich, gleichzeitig mit den beiden der Portio in der Scheide anliegenden Fingern und der äusseren Hand, den Uterus aus dem kleinen Becken heraus in gerader Richtung nach oben. Die Portio lässt sich dabei bis über das Promontorium hinaus verdrängen. Die Scheide wird ad maximum gedehnt, das Scheidegewölbe verstreicht. Die Cystocele verschwindet; die Plica vesico-uterina des Bauchfells wird stark ausgezerrt; ebenso werden die runden Mutterbänder stark gespannt. Der Uterus wird so weit aus dem Becken herausgehoben, als es möglich ist, und befindet sich, sobald dies erreicht ist, in Retropositionsstellung maximal elevirt.

Durch diese Hebung werden die geschrumpften Gefässbinde-

gewebsbündel ausgiebigst gedehnt, und um nun diese Dehnung noch wirkungsvoller zu gestalten, erhalte ich den gehobenen Uterus während einiger Minuten in dieser maximalen Elevationsstellung. Es empfiehlt sich dabei, den einen der beiden Finger als Stütze vor den äusseren Muttermund zu legen.

3. Nach 3—4 Minuten verlässt die äussere Hand die Vorderfläche des Uterus und umgreift, während die beiden in der Scheide liegenden Finger das Organ in seiner gehobenen Stellung fixiren, mit der Vola die Rückfläche der Gebärmutter. Durch combinirte Handgriffe wird nun der Gebärmutterkörper im Bogen nach vorn oben gebracht; alsdann gleitet der Uterus unter der Leitung der beiden Finger und der äusseren Hand ganz allmälig wieder in das kleine Becken hinab.

Bei diesem Act werden umgekehrt die Ligamenta sacro-uterina und die Plica recto-uterina peritonei stark ausgezerrt, während die im zweiten Act gedehnten Theile allmälig wieder erschlaffen.

4. Der Schlussact des Verfahrens dient vorwiegend der Heilung der Retroflexio-versio und lehnt sich unmittelbar an die von Döderlein auf dem internationalen Congress gegen die Rückwärtslagerung der Gebärmutter empfohlene Modification des Brandt'schen Verfahrens an. Ich bringe den Uterus in forcirte Anteflexionsstellung und massire ihn, bezw. seine hintere Wand, sowie seine Ligamente in dieser Stellung einige Minuten lang. Die Vaginalportio muss natürlich dabei etwas nach vorn gebracht werden; dies erreiche ich mit Hülfe des Mittelfingers der linken Hand, der jetzt an die hintere Fläche der Portio zu liegen kommt, während der Zeigefinger etwas mehr nach oben in den Knickungswinkel zwischen Cervix und Corpus uteri rückt.

Mit der Massage in forcirter Anteflexionsstellung ist die Hebung vollendet und wird viermal in derselben Sitzung in gleicher Weise wiederholt.

Durch unser Vorgehen erreichen wir, wie wir sehen, alles das, was wir mit den Hebebewegungen nach Thure Brandt bezwecken wollen und können. Mein Verfahren soll auch keineswegs das Brandt'sche in seinem Werthe herabsetzen; es hat aber den wesentlichen Vorzug vor dem letzteren, von einem sachkundigen Arzte allein, ohne Hülfe, ausgeführt werden zu können. Aber noch einen Vortheil glaube ich für dasselbe in Anspruch nehmen zu dürfen und zwar für diejenigen Fälle, welche, wie in den beiden von mir erfolgreich behandelten, mit abnormen Fixationen der Portio nach vorn einhergehen.

Durch eine maximale Hebung des Uterus in Retropositionsstellung werden die geschrumpften vorderen Gefässbindegewebsbündel gewiss weit ausgiebiger gedehnt, als dies bei den Lyftungen Brandt's möglich ist. Der ganze Zug geht bei meinem Verfahren zunächst nach hinten oben.

Theoretische Erwägungen allein, selbst wenn sie, wie hier, physiologisch begründet sind, reichen nicht aus, den Werth einer Methode darzuthun. Jedoch decken sich dieselben hier vollständig mit der praktischen Erfahrung, die freilich an nur zwei Fällen gewonnen ist. Der erste Fall betraf ein 30jähriges, kräftiges Dienstmädchen mit starkem Descensus beider Scheidewände und vollständiger Gebärmuttersenkung. Die Portio stand gleich vorn im Scheideneingang. Der Uterus lag retroflectirt. Die Heilung beanspruchte 12 Sitzungen. Der Uterus liegt jetzt antevertirt in normaler Stellung im Becken. Heilungsdauer bis jetzt $2\frac{1}{2}$ Monate.

Im zweiten Fall handelte es sich um eine 36jährige Frau, welche anderweitig mehrere Jahre mit einem Mayer'schen Ring behandelt worden war. Auch hier waren beide Scheidewände, besonders die vordere, stark descendirt; Uterus sehr tief stehend, retroflectirt. Gleichzeitig bestand wie im vorigen Fall Cystocelenbildung. Heilung nach 14 Sitzungen. Heilungsdauer bis jetzt 2 Monate.

Die beiden Fälle sind von Dr. Wilson (Edinburgh), der gegenwärtig in meiner Poliklinik beschäftigt ist, mit beobachtet worden.

Ich will noch hervorheben, dass die von Thure Brandt zur Kräftigung des Beckenbodens angegebenen gymnastischen Bewegungen, Knietheilung und Knieschliessung, auch hier in beiden Fällen geübt worden sind. Allein ich möchte doch den Hebebewegungen den Hauptwerth in der Behandlung zuerkennen. Wo ein Dammdefect vorliegt, empfiehlt es sich, denselben vor der Einleitung der Massagecur operativ zu schliessen und so eine Stütze für die hintere Scheidewand zu schaffen.

Ich bin nun weit davon entfernt, etwa behaupten zu wollen, dass mein Verfahren für alle hier in Frage kommenden Fälle ausreicht, dies wird es ebenso wenig können, wie die Lyftungen Thure Brandt's es vermögen. Bei vielen insbesondere älteren, sehr heruntergekommenen Individuen mit hochgradigem Prolaps wird man zum Messer greifen müssen. Ja, dass es Fälle geben

kann, die nur durch Wegnahme von Scheide und Uterus zu heilen sind, hat Fritsch[1]) dargethan.

Der Zweck der vorliegenden Mittheilung war eben nur der, zu zeigen, dass man combinirte exacte Hebebewegungen erfolgreich auch allein manuell ausführen kann.

---

1) Vergl. Fritsch: Frauenkrankheiten. 4. Auflage. 1890.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.